UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 160

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DÉGÉNÉRESCENCE TUBERCULEUSE DES KYSTES DE L'OVAIRE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 30 Juillet 1934

PAR

André DOHER

Né le 16 février 1911 à Plougasnou (Finistère)
Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*
ANDÉRODIAS, professeur. ..... *Juges*
LOUBAT, agrégé ..... *Juges*
DUFOUR, agrégé..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0089

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 160

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DÉGÉNÉRESCENCE TUBERCULEUSE DES KYSTES DE L'OVAIRE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 30 Juillet 1934

PAR

André DOHER

Né le 16 février 1911 à Plougasnou (Finistère)
Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*
ANDÉRODIAS, professeur. ..... *Juges*
LOUBAT, agrégé ..... *Juges*
DUFOUR, agrégé..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Doyen Honoraire ..... M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ. BEGOUIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Physiologie	PACHON.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale.	RÉCHOU
Chimie	CHEVALE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY.
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL
Médecine expérimentale.	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique.	TEULIÈRES.

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Clinique dentaire	CAVALIE.

MICHELEAU (Médecine générale).
MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).
PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	DUBECQ.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	DAMADE. PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN

	MM
Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	WANGERMEZ
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	PAPIN
Accouchements	RIVIERE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)

	MM.
Puériculture	FAUGERE.
Pharmacie chimique	VITTE
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle . . . . . GOURDON
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire . . . . . DELGUEL

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Faible témoignage d'affection filiale et de reconnaissance. Que sa vie toute de labeur et de sacrifices me serve d'exemple au cours de ma carrière.

A MA MERE

Je veux qu'elle trouve ici, au terme de mes études, en récompense de tout ce qu'elle fit pour moi, l'assurance de mon infinie tendresse.

A MA SŒUR — A MON FRERE

Affectueusement.

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES

DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin général CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A Monsieur le Médecin en chef BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL ANDRÉ BOURSIER
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
MEMBRE CORRESPONDANT DES SOCIÉTÉS DE GYNÉCOLOGIE
DE PHILADELPHIE, DE BUCAREST ET DU BRÉSIL
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE-DE-RUSSIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

C'est lui qui nous inspira le sujet de cette thèse. Nous le remercions respectueusement du très grand honneur qu'il nous fait en voulant bien en accepter la présidence.

HISTORIQUE

Tandis que la tuberculose des organes génitaux de la femme est assez fréquente et se rencontre surtout au niveau des trompes et de l'utérus, celle de l'ovaire et surtout des néoplasies kystiques de l'ovaire est assez rare. D'autre part, la quasi-impossibilité de diagnostiquer la tuberculose d'un kyste de l'ovaire, autrement que par les caractéristiques anatomo-pathologiques que Laënnec et Villemin assignèrent les premiers aux lésions tuberculeuses, a fait que son histoire, sa découverte en quelque sorte — puisque c'est une constatation d'opération ou de nécropsie — ont été retardées. Aussi ce n'est qu'en 1863 que le premier kyste tuberculeux de l'ovaire fut signalé par Spencer-Wells. Il faut ensuite arriver à 1884 avec Baumgarten pour en trouver une nouvelle observation. Puis les cas deviennent plus nombreux : Klebs et Olshausen, Krzyviki (1889), Sœnger et Kelly (1890), Schottlaender (1892), Gade (1893), Madlener (1894), Guillemain, Mlle Gorowitz (1900). Prussmann en 1903 réunissait quatorze observations. Les kystes de l'ovaire tuberculeux ne sont donc plus à cette époque de simples « curiosités pathologiques » : Rémy (1905), rassemblant dix-sept observations, se propose d'étudier la « nature » de ces kystes, et Rives en 1909 réunit cinq cas nouveaux. En 1912, Martini, à propos de deux cas personnels, étudie la pathogénie de ces kystes et les voies d'accès du bacille vers la néoplasie ovarienne.

Depuis cette époque divers travaux se sont succédés, en particulier : les observations du professeur Mériel (1913), une étude complète de Forgue et Chauvin (1919), les articles de Mœnch (1923), de Ch. Lefebvre (1922), la thèse de Mlle Bourmalatz (1923), qui réunit quarante-six observations, le travail de MM. Guyot et Traissac (1932),

ETIOLOGIE

Fréquence. — La tuberculose de l'ovaire est rare, il semble même que le tissu ovarien offre au bacille de Koch une résistance particulière à tel point que l'infection tuberculeuse de l'utérus ou des trompes, plus commune, suppose peut-être une carence de l'action ovarienne : « un ovaire anormal ou atteint de dégénérescence kystique est fréquent dans la tuberculose génitale ». On comprend donc que la tuberculisation de kystes de l'ovaire soit encore plus rare; au reste la question de fréquence est intimement liée à la question de diagnostic : or, beaucoup de malades ne se présentent pas à l'examen et d'autres ne sont pas opérées; d'autre part, beaucoup de cas cités comme des kystes tuberculeux de l'ovaire sont en réalité, soit des abcès tuberculeux, soit des follicules infectés, soit des kystes du corps jaune, d'autres ne sont guère dignes de foi de par l'imprécision de la localisation du processus tuberculeux et l'absence de contrôle histomicrobiologique.

Age. — Il paraît assez indifférent puisque nous trouvons des observations de jeunes filles de 14 à 18 ans, et de femmes de 60 à 72 ans. Le plus souvent cependant il s'agit de femmes en pleine activité génitale.

Mariage. — La plupart des malades étaient mariées, mais les jeunes filles ne sont pas épargnées. Peut-être faut-il penser avec Bertino que les infections génitales diverses : la gonococcie, la syphilis, établissent un état favorable à la tuberculose.

Grossesse. — Elle ne semble pas être un facteur prédisposant. Bien au contraire la stérilité est fréquemment notée

dans les antécédents de ces femmes atteintes de kystes tuberculeux de l'ovaire : elle n'est sans doute d'ailleurs que la conséquence de lésions utérines et tubaires associées.

Nature des kystes. — La tuberculose est susceptible de se greffer sur toutes les formes de kystes de l'ovaire; qu'il soit uni, pauci ou multiloculaire, mucoïde ou dermoïde, inclus ou non. Si la tuberculose des kystes dermoïdes paraît moins fréquente — opinion de Rémy — c'est parce qu'ils sont plus rares que les kystes mucoïdes et que donc leur tuberculisation se montrera moins souvent. De même ni la localisation à droite ou à gauche, ni la nature épithéliale de la poche n'ont semble-t-il, aucune action sur sa tuberculisation, non plus que le volume du kyste qui peut aller des dimensions d'une tête d'adulte à celles d'un poing ou d'un œuf.

Antécédents des malades. — Ils sont variables : certaines ont eu une pleurésie séro-fibrineuse antérieure, une ascite, d'autres ont toujours été bien portantes.

Nous n'avons donc aucune donnée étiologique nette et fixe... et ce qu'on peut affirmer c'est que la tuberculisation des kystes de l'ovaire est une des plus rarement rencontrées parmi les complications de ces tumeurs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Macroscopiquement, les lésions des kystes tuberculeux de l'ovaire revêtent des caractères différents suivant les sujets. Nous les diviserons en quatre grands types anatomo-pathologiques qu'il sera facile de retrouver dans les observations.

1er *type*. — Les lésions tuberculeuses se localisent sur les plans superficiels du kyste qui reste libre dans la cavité abdominale; elles se présentent comme un semis de granulations localisées au revêtement externe du kyste. Dans ces cas le revêtement interne de la poche kystique est intact, mais il y a presque toujours participation du péritoine avec souvent plus ou moins d'ascite; ainsi les observations de Cova et de Spencer Wells : « à sa face externe, au-dessous du péritoine, et intimement liés au stroma de la paroi kystique, on voyait un grand nombre de nodules de la grosseur d'un grain de poivre, d'une consistance cartilagineuse, à la coupe brillante, demi-transparents à la périphérie, opaques et caséeux au centre qui était légèrement ramolli », et plus loin, « sur la paroi externe du kyste il y avait des granulations grises de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'une graine de pavot ».

2e *type*. — Les lésions de tuberculose siègent ici à la face interne de la poche, les couches externes étant respectées. Cependant le microscope montrera des formations tuberculeuses diffuses ou isolées « infiltration localisée à une zone deux fois grande comme une lentille » (Mœnch) — dans la paroi même du kyste. On peut donc penser que ces foyers tuberculeux, augmentant de volume, s'ouvrent dans la cavité centrale, détruisent l'épithélium, et, y déversant leur contenu caséifié, donnent au kyste l'aspect d'un véritable abcès froid à parois recouvertes de fongosités, à contenu purulent

Ainsi les observations de Forgue et Chauvin, de Ehrendorfer « la paroi interne du kyste est couverte de masses caséeuses », de Scottlaender « tumeur multiloculaire avec un contenu visqueux, purulent et sanguinolent et avec des granulations caséeuses couvrant la paroi interne ».

3e *type*. — La trompe fait partie intégrante de la tumeur; elle est accolée au kyste et concourt à la formation d'une poche tubo-ovarienne tuberculeuse. Il s'agit donc d'un kyste tubo-ovarien et la communication entre la cavité kystique et le pavillon de la trompe ne permet pas de différencier le pyosalpinx tuberculeux du kyste ovarien tuberculeux proprement dit. Ainsi Madlener écrit : « Le pavillon de la trompe est en communication avec la cavité kystique par un orifice arrondi, admettant le doigt; ses franges ont disparu. Cette trompe a le même contenu que le kyste et est recouverte des mêmes masses caséeuses. » De même Mœnch (observ. VIIter) : « La cavité kystique se rétrécissait en bas et latéralement pour n'avoir plus que 18 millimètres et se continuait alors avec la lumière de la trompe dont les parois étaient épaissies par l'œdème et du tissu fibreux inflammatoire. »

4e *type*. — Dans ce cas les lésions ont gagné tous les organes de la cavité abdominale solidarisant par une masse d'adhérences trompe, utérus, péritoine, épiploon, anses grêles, colons, le tout formant un bloc fixant le petit bassin. Telles sont les observations de Lefebvre, Forgue et Chauvin, et de M. le professeur Guyot où l'on trouve un « kyste adhérent à la vessie, au rectum et au moignon du col ».

En plus de ces lésions il faut noter la coexistence fréquente de lésions tuberculeuses diverses : génitales, utérines et tubaires surtout, péritonéales, pulmonaires, rénales.

Microscopiquement, les lésions tuberculeuses des kystes de l'ovaire n'offrent aucune particularité. Toutes les observations décrivent des follicules plus ou moins typiques à cellules géantes avec des traînées de cellules épithélioïdes accompagnant ces cellules géantes. Partout tendance à la nécrose, au ramollissement des nodules et à la formation de

vastes foyers caséeux. Il est vrai que « la constatation de la cellule géante ne suffit pas à affirmer la tuberculose; il faut rechercher des bacilles de Koch et faire des inoculations » (Sabrazès). Or, il est intéressant de signaler la rareté au niveau de ces lésions ovariennes du bacille de Koch. Pour Charbonnel et P. Nadal il s'agirait surtout de préparations mal effectuées, de lésions à évolution fibreuse ou encore de lésions de « nodulose telle qu'on en rencontre autour des foyers inflammatoires ». En réalité, il est toujours difficile de colorer des bacilles dans les coupes de bacillose les plus évidentes, et « l'absence de bacilles de Koch ne suffit pas à faire éliminer le diagnostic de tuberculose, pas plus que nous ne sommes en droit d'exiger cette preuve comme témoignage de tuberculisation » (Lefebvre). D'autre part, il est bien rare de trouver d'autres lésions absolument identiques, avec cellules géantes, présentant tous les caractères anatomiques complets des infiltrations nodulaires tuberculeuses.

Enfin l'examen cytologique du liquide kystique semble devoir nous donner des renseignements sur la transformation tuberculeuse d'un kyste de l'ovaire : nous savons que la transformation purulente n'est pas fréquente et que le plus souvent le liquide intra-cavitaire garde ses caractères de produit kystique; cependant il y aurait transformation de la formule cytologique de ce contenu puisque, dans un examen qu'il fit, Courmont trouva « un grand nombre de lymphocytes 80%, des grands mononucléaires 7 %, des polynucléaires 5 %. » On peut donc penser — comme en présence d'un épanchement pleurétique — à la tuberculose, mais ici, le nombre des examens pratiqués est trop restreint pour pouvoir conclure en se basant sur ces recherches. Ou bien alors il faudrait — comme Cartier et Lantuéjoul — , après ponction exploratrice, y découvrir de nombreux bacilles de Koch et inoculer avec succès un cobaye.

Bref, l'examen cytologique du liquide kystique pourrait dans certains cas conduire au diagnostic de tuberculose.

PATHOGENIE

Devant deux manifestations pathologiques aussi dissemblables que la tuberculose et les kystes de l'ovaire deux questions se posent : la tuberculose préexiste-t-elle au kyste, ce dernier ne serait alors qu'un mode de défense et de réaction de l'ovaire contre l'infection bacillaire? Ou bien le bacille tuberculeux vient-il se greffer sur un kyste préformé?

I. A l'appui de la 1re hypothèse, deux théories se sont trouvées en présence :

1. *Théorie de l'hyperplasie réactionnelle.* — Rémy se fondant sur ce fait que la tuberculose peut déterminer des hyperplasies telles que certaines tumeurs bourgeonnantes du col utérin, certains adénomes du sein, certaines salpingites tuberculeuses avec grosse poche, pense pouvoir prêter à la tuberculose un rôle dans la genèse des kystes de l'ovaire qui ne seraient qu'une expression du processus bacillaire, à la façon d'une arthrite ou d'une pleurésie. Pour lui, l'ovaire kystique tuberculeux ne serait qu'une tuberculose pseudo-néoplasique à évolution kystique... Or, ce point de vue ne nous paraît pas exact pour diverses raisons :

Histologiquement et même cliniquement les kystes tuberculeux sont absolument identiques — mis à part les lésions strictement bacillaires — aux kystes ovariens ordinaires; pourquoi donc attribuer à une même lésion deux pathogénies différentes?

D'autre part, sur la même malade on a pu trouver deux kystes, l'un gauche tuberculeux, l'autre droit non infecté; bien plus du même côté des kystes multiples les uns tuberculeux, les autres pas, comment expliquer alors qu'un seul processus — la tuberculose — produirait ainsi côte à côte

des lésions semblables macroscopiquement mais différentes microscopiquement? Ou comment expliquer que deux processus différents — la tuberculose et la néoplasie — se trouveraient réunis au même endroit pour produire sur le même individu des lésions contemporaines et identiques?

De plus dans le cas de kystes présentant des lésions tuberculeuses strictement localisées aux couches externes de la paroi kystique (1er type anatomo-pathologique décrit), et dont l'épithélium interne, absolument intact, présente les caractères histologiques des revêtements kystiques banaux, il est difficile de concevoir comment le bacille de Koch aurait pu susciter la formation de tels néoplasmes au départ d'un épithélium à la formation et à la prolifération duquel il paraît logiquement étranger.

Par ailleurs on ne trouve dans l'histoire anatomo-pathologique des lésions tuberculeuses aucune observation d'images à allure kystique à côté des granulations grises, des foyers caséeux ou des tubercules crétacés; comment expliquer que précisément dans l'ovaire ces formations kystiques existeraient?

Enfin, — argument décisif — comment la tuberculose développée sur des kystes dermoïdes aurait-elle pu contribuer à l'élaboration de tissus aussi différenciés que des poils et des dents?

2. *Théorie inflammatoire.* — Pour Polosson, Violet, Poncet et Leriche les kystes de l'ovaire sont une forme de « tuberculose inflammatoire ». Nous savons que la tuberculose génitale, péritonéale ou même pulmonaire est parfois associée à des formations kystiques de l'ovaire sans que celles-ci soient cependant tuberculeuses; toutefois une réaction inflammatoire y est souvent présente. Or, pour ces auteurs, la tuberculose par ses toxines est toujours la cause directe de tels kystes. Cette inflammation, pour Poncet, est une « authentique tuberculose qui a en quelque sorte perdu son apparence histologique caractéristique ». Les troubles menstruels, si fré-

quents dans la tuberculose sont pour eux une nouvelle preuve que les kystes de l'ovaire sont une manifestation de l'imprégnation toxi-bacillaire. Ces auteurs vont même jusqu'à affirmer que celle-ci serait à l'origine des kystes histologiquement sains.

Cette théorie ne nous satisfait pas encore pour diverses raisons :

Si l'on admet que l'imprégnation tuberculeuse est compatible avec la formation de kystes simples, cette même pathogénie est ici encore inadmissible pour les kystes dermoïdes.

De plus pourquoi deux affections aussi communes que la bacillose et le kyste de l'ovaire ne se trouveraient-elles pas en coïncidence parfois sans qu'il faille pour cela accepter un lien de parenté entre elles?

Pourquoi la tuberculose amènerait-elle plutôt la production de kyste qu'une autre inflammation quelconque?

D'ailleurs les kystes de l'ovaire ne sont pas si courants dans la tuberculose que Polosson, Violet, Poncet et Leriche le pensent : en effet Simmonds, sur 6.000 cadavres de femmes, découvrit 80 cas de tuberculose génitale, 4 seulement de ces 80 cas montrèrent des kystes de l'ovaire; dans aucun on ne décela de tuberculose des parois ou du contenu. Cette absence de lésions tuberculeuses dans des kystes de l'ovaire trouvés en coexistence avec des atteintes tuberculeuses nettes dans le restant du tractus génital, n'est-elle pas un autre facteur infirmant une étiologie tuberculeuse de telles formations?

Nous savons qu'une tuberculose typique peut — rarement il est vrai — frapper un kyste de l'ovaire et que, dans ce cas, le tissu ovarien réagit comme les autres tissus vis-à-vis du bacille de Koch, il est alors difficile d'admettre la possibilité de deux réactions différentes — le tubercule banal et la réaction inflammatoire simple — dans un même tissu vis-à-vis d'un même germe.

Et s'il fallait admettre l'opinion de Poncet et Leriche, les tumeurs bilatérales seraient la règle et non l'exception.

Enfin, Mœnch dit justement que la tuberculose génitale provoque souvent une thrombose des artères de l'ovaire; cet obstacle à la nutrition de l'organe devrait donc non pas favoriser la production de néoformations mais au contraire faire régresser celles qui y existeraient déjà.

Il nous semble donc plus logique, et d'ailleurs mieux vérifié, de penser que le kyste de l'ovaire, préexistant à la tuberculose, crée un lieu de moindre résistance qui permet à celle-ci de s'y greffer. Cependant cette infection surajoutée n'est pas sans action sur l'évolution ultérieure du kyste. « La tuberculose influence le développement des kystes et en accélère la marche », dit Martini. Cela nous le pensons, car, dans beaucoup de cas, les kystes tuberculeux semblent s'être développés avec une grande rapidité et avoir créer autour d'eux de nombreuses adhérences qui en rendent difficile l'extirpation.

II. En faveur de la 2e hypothèse, à savoir que l'envahissement tuberculeux s'effectue dans un kyste préexistant, nous avons plusieurs arguments. Mais une première question se pose. D'où vient le bacille?

Vient-il se fixer directement sur le kyste à l'exclusion de tout autre organe? Y a-t-il une tuberculose primitive du kyste comme l'a voulu Prüssmann? Il faudrait alors supposer que la malade jouisse d'une santé parfaite, ne présente aucun foyer tuberculeux préexistant et que l'on ne trouve pas de localisations bacillaires dans le voisinage.

Des expériences ont prouvé que le tissu ovarien offre au bacille de Koch une résistance spéciale (Expériences de Wittgenstein : extraits d'ovaire en présence d'émulsions bacillaires : on a destruction de certains bacilles et diminution de résistance des autres); comment supposer alors que c'est dans ce tissu, plus précisément réfractaire que l'infection tuberculeuse se localiserait en premier lieu? Prüssmann répond que cette vérité, indéniable pour l'ovaire normal ne l'est plus pour l'ovaire kystique, et il cite l'observation d'une malade présentant un kyste ovarien dans la paroi duquel il trouve un tissu de granulations, riche en tuber-

cules avec cellules géantes alors que des coupes en séries de la trompe montrent celle-ci saine dans toute sa longueur

Mais — chez cette femme à antécédents bacillaires suspects : père et mère morts phtisiques — nous pouvons penser que l'infection bacillaire de ce kyste dépendait d'un foyer distant et méconnu dans l'organisme, comme l'illustre l'observation de Scottlaender : foyer primitif dans l'appareil pulmonaire et la rate.

D'ailleurs si la contamination se faisait comme on l'a supposé (Deville), par le spermatozoïde de sujets porteurs de lésions épididymaires, déférentielles ou vésiculaires, l'utérus devenant ainsi un centre d'émigration bacillaire, on ne peut admettre que l'ovaire soit contaminé sans que la trompe ne prenne part au processus morbide.

L'infection primitive du kyste de l'ovaire — malgré l'observation de Cartier et Lantuéjoul — ne nous semble donc pas probable; en tous cas elle est extrêmement rare.

Au contraire, nous admettons facilement que le bacille provienne d'un autre foyer tuberculeux en évolution dans l'organisme le plus souvent pelvien : trompe (salpingite tuberculeuse), utérus, intestin (rare), péritoine (semis de granulations gagnant la paroi externe de la tumeur). Donc, foyer primitif voisin, ordinairement génital, le plus souvent tubaire; rarement point de départ distant, pulmonaire ou osseux.

Quelles sont les voies que suit le bacille pour se rendre de ces foyers primitifs au kyste? Quatre sont possibles :

1° La ponction d'un kyste de l'ovaire accompagné de tuberculose péritonéale. Rare depuis l'abandon de la ponction.

2° *La voie sanguine.* La plus rare, la moins probable car la circulation va de l'ovaire à la trompe, la seule possible orsqu'il n'y a aucune lésion tuberculeuse du tractus génital et lorsque le foyer bacillaire siège à distance. Cependant cas de E. Cova : kyste de l'ovaire, libre dans la cavité abdominale, présentant des nodules tuberculeux sur sa face externe et tordu; dans ce cas Cova pense que la lésion tuberculeuse

préexiste à la torsion, car il estime qu'une circulation sanguine active — rendue impossible par la torsion — est indispensable pour l'apport de germes et « pour la formation de tubercules qui représentent un phénomène réactionnel ».

3° *La contagion de proche en proche.* Elle explique la plupart des cas. Trois conditions sont à envisager : la trompe fait partie intégrante de la tumeur kystique tuberculisée; dans ce kyste tubo-ovarien où les parois se continuent sans ligne de démarcation, où la cavité tubaire s'ouvre largement dans la cavité kystique, l'infection de celle-ci se fait par simple continuité.

— La trompe infectée et le kyste sont intimement unis par des adhérences, sans communication des cavités; dans ce cas ces adhérences servent de pont à l'infection bacillaire progressant toujours de la trompe vers l'ovaire.

— La trompe et le kyste sont indépendants. L'agent de liaison est ici constitué par le péritoine, véritable milieu d'ensemencement; de la trompe infectée au péritoine, du péritoine à l'ovaire, l'inoculation gagne de proche en proche. Ceci expliquerait la disposition des nodules tuberculeux à la périphérie du kyste et leur concomitance avec de multiples granulations essaimées sur toute la surface péritonéale avoisinante.

4. *La voie lymphatique.* — Dans les mêmes conditions d'indépendance et de tuberculisation du kyste et de la trompe l'intégrité du péritoine doit faire rechercher un autre mode de propagation bacillaire. La richesse de cette région en lymphatiques rend vraisemblable une infection par leur intermédiaire. On objectera que la circulation de la lymphe se fait à ce niveau de l'ovaire vers la trompe obligeant les éléments bacillaires à progresser à contre-courant. A l'heure actuelle la lymphangite rétrograde est admise. Et d'ailleurs, dit Forgue, « comment nier la propagation lymphatique lorsqu'on a pu suivre les lésions tuberculeuses depuis la trompe jusqu'à l'ovaire à travers les ligaments larges, lors-

qu'on a vu l'inoculation du kyste se faire par son pédicule et se propager d'emblée à ses couches interstitielles et profondes ». Une preuve sérieuse est constituée par le fait que le maximum d'intensité des lésions se trouve localisé au pédicule de la tumeur et de la trompe. Le même auteur a décrit au cours de son observation d'énormes vaisseaux lymphatiques, à parois épaisses et proliférantes, présentant les dimensions de véritables sinus, obstrués par un coagulum riche en polynucléaires, où la coloration de Ziehl a permis de déceler quelques bacilles de Koch.

De tous ces débats sur la pathogénie de la dégénérescence tuberculeuse des kystes de l'ovaire, il ressort que le kyste ovarien préexiste à l'infection bacillaire. Celle-ci se greffe ultérieurement sur la tumeur préformée dont elle peut d'ailleurs contribuer à accélérer le développement. Le point de départ de l'infection kystique est :

Soit un foyer tuberculeux, situé loin de l'ovaire (poumon, rein). Seule la voie sanguine peut être invoquée. Cette éventualité est rare.

Soit plus souvent une lésion de voisinage (trompe, péritoine, intestin). Dans ces conditions l'envahissement tuberculeux se fait suivant deux modes : par simple continuité ou par la voie lymphatique.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Il est remarquable de noter combien la symptomatologie des kystes tuberculeux de l'ovaire est souvent restée inaperçue; seule l'anatomie pathologique a permis de déceler jusqu'à présent cette rare affection dont les signes se confondent le plus généralement avec ceux d'affections métroannexielles ou de kystes simples de l'ovaire.

Parfois la maladie revêt le masque d'une péritonite tuberculeuse associée à un épanchement ascitique plus ou moins abondant; il est bien difficile alors d'y trouver les signes d'un kyste ovarien, surtout si celui-ci est de petit volume.

D'autres fois le kyste reste latent, silencieux, compatible avec un bon état général : c'est au hasard d'un examen qu'on trouve une tumeur ovarienne jusque là parfaitement tolérée.

Il existe cependant quelques cas de formes aiguës avec troubles de compression divers tels que varices des membres inférieurs, hémorroïdes, dysurie, etc... Ainsi Bertino rapporte l'observation suivante : Femme de 23 ans, ayant eu 3 grossesses normales; trois mois après son dernier accouchement elle est prise de violentes douleurs dans le bas-ventre accompagnées d'hémorragies. Température : 38° 5. Au toucher combiné au palper, on sent une tumeur à droite : on pense à un kyste suppuré; c'était un kyste tuberculeux.

Le plus souvent la malade présente les signes fonctionnels d'une métro-annexite chronique banale, dus à la coexistence de lésions tubo-utérines, et alors pertes blanches, ménorragies, métrorragies, dysménorrhées, aménorrhées sont banales et sans signification, comme d'ailleurs les douleurs qui peuvent être intenses ou ne pas exister. L'examen physique permettra de sentir une masse juxta-utérine, mobilisable ou

fixée, dont la consistance et la forme font penser à un kyste de l'ovaire. L'état général peut rester longtemps satisfaisant; toutefois s'il y a un développement rapide de cette tumeur para-utérine et s'il apparaît en même temps des signes de bacillose évidents tels que des poussées de température vespérale, de l'amaigrissement, un foyer de ramollissement pulmonaire, le diagnostic le plus approximatif que l'on puisse alors faire est celui de « tuberculose annexielle avec kyste de l'ovaire peut-être tuberculisé ».

Bref, de l'ensemble de ces signes il n'est rien qui diffère du tableau clinique classique de la métro-annexite, à laquelle on songe le plus souvent; aussi dans aucun cas le diagnostic clinique n'a été fait. On pense à un kyste de l'ovaire quand on se trouve en présence d'une tumeur volumineuse et on ajoute kyste fixé par un processus de métrite, de salpingite ou d'annexite. Ni les signes fonctionnels ni les signes physiques n'éveillent les soupçons : tout au plus peut-on supposer, comme nous venons de le voir plus haut, la nature tuberculeuse de l'annexite de par son évolution chronique d'emblée, son allure torpide, de par l'état général de la malade, et surtout de par sa concomitance avec d'autres localisations tuberculeuses dans l'organisme, pulmonaires en particulier. Mais, ce diagnostic posé, il est impossible de dire si la tuberculose annexielle a envahi la poche kystique voisine; rien dans sa consistance, sa forme, sa fixité ou sa mobilité ne peut faire prévoir l'envahissement de ses parois par le processus bacillaire. Seuls l'examen histopathologique et bactériologique du contenu et des parois de la tumeur, ainsi que l'inoculation au cobaye, pourraient renseigner sur cette tuberculisation. Toutefois la ponction de tels kystes, pratiquée couramment autrefois, n'est plus aujourd'hui à conseiller car elle ne modifierait pas la conduite ultérieure du traitement et présenterait les risques de nouvelles inoculations.

Nous en sommes donc réduits à penser que l'existence d'un kyste tuberculeux de l'ovaire ne peut qu'être soupçonnée cliniquement, et que seule l'anatomo-pathologie permettra l'établissement du diagnostic certain.

Pronostic. — Le pronostic des kystes tuberculeux de l'ovaire, se confond avec celui des tuberculoses annexielles : il dépend de l'état du foyer primitif tubaire et du péritoine, ainsi que de l'état général. Le pronostic opératoire est habituellement bon.

TRAITEMENT

Lorsqu'on a diagnostiqué l'existence d'un kyste de l'ovaire associé à une annexite probablement bacillaire, l'intervention chirurgicale s'impose afin d'éviter d'une part les complications de tout kyste ovarien (inflammation, suppuration, torsion, rupture), et de supprimer d'autre part un foyer tuberculeux latent.

A l'ouverture de l'abdomen plusieurs éventualités sont possibles :

Ou bien le kyste offre tous les caractères d'une lésion banale recélant une tuberculose cryptogénétique que seul l'examen anatomo-pathologique révélera. Dans ce cas on pratique l'exérèse de la tumeur et de l'annexe malade.

Ou bien la tuberculisation du kyste se manifeste par des granulations typiques de sa surface externe, granulations qui ont également envahi le péritoine voisin. Ici encore même technique allant depuis l'exérèse simple liée à une castration unilatérale jusqu'à l'hystérectomie subtotale suivant l'ordre de gravité des lésions tuberculeuses. La péritonite tuberculeuse associée ne pourra que bénéficier d'une part de l'ablation du foyer tuberculeux, d'autre part de la laparotomie précisément conseillée dans ce cas.

Enfin, dans les cas où kyste, trompe, utérus ne forment qu'un bloc, intimement soudé par de multiples adhérences, faisant corps parfois avec les organes voisins (vessie, rectum), l'extirpation totale de la tumeur devient une impossibilité; toute tentative dans ce sens serait une erreur et un danger. On en est réduit à une intervention partielle suivie d'une marsupialisation de la partie de la lésion que l'on n'a pu enlever; le drainage sera assuré à l'aide de gros drains, permettant des lavages au Dakin, ou de mèches; le Mikulicz

paraît particulièrement indiqué. Ces interventions partielles sont généralement suivies d'assez bons résultats, car — malgré l'observation de Mériel — les fistules qui peuvent en résulter ont le plus souvent tendance à se fermer assez rapidement (observation de Lefèbvre).

Les suites opératoires ont toujours été bonnes. Aucune observation ne signale de mort par généralisation tuberculeuse (méningite, granulie), ni d'accidents locaux tels que fistules vésicales ou intestinales. Même quand l'état général était touché, une réelle amélioration a toujours suivi l'intervention, surtout quand celle-ci était associée à un traitement général anti-bacillaire.

OBSERVATIONS

Nous n'avons pas cru devoir reproduire dans ce travail, un certain nombre d'observations ayant trait à la tuberculose des kystes de l'ovaire, et qui ont été déjà publiées dans les articles de Forgue et Chauvin en 1919 et dans la thèse de Mlle Bourmalatz, en 1923 : on pourra toujours les retrouver dans ces deux ouvrages.

Nous nous sommes efforcés de ne réunir ici que les observations paraissant les plus intéressantes par leur nouveauté, leur fini ou leur originalité.

Observation I due à l'obligeance de Monsieur le professeur Guyot.

Il s'agit d'une malade de 40 ans opérée il y a vingt ans d'hystérectomie avec castration unilatérale pour infection suppurée utéro-annexielle, post-abortum. Elle est entrée dans le service le 21 avril 1932 pour gêne dans le bas-ventre et troubles de l'état général.

Antécédents. — Dans ses antécédents cette malade ne présente aucune maladie grave, sauf une pleurésie à l'âge de 15 ans pour laquelle un repos de un mois a été nécessaire. Son histoire personnelle ne présente par ailleurs aucun autre signe d'imprégnation tuberculeuse. Elle a toujours joui d'une excellente santé jusqu'à sa première opération dont les suites ont été extrêmement simples.

Par contre dans sa famille, nous relevons : le père mort de fluxion de poitrine et une sœur morte de méningite à l'âge de 13 ans.

Histoire de la maladie. Lorsqu'elle se présente à nous, cette malade prétend être gênée depuis quatre ans par des troubles variés : bouffées de chaleur, céphalée, pesanteur abdominale, tendance à l'évanouissement, troubles de la circulation des membres inférieurs, hémorroïdes. Ces troubles sont relativement légers; cependant la malade consulte il y a deux ans, Monsieur le professeur Bégouin, qui trouve une masse abdominale et propose une opération. Celle-ci est refusée par la malade.

Son état reste stationnaire jusqu'à ces temps derniers où les trou-

bles augmentent (bouffées de chaleur, évanouissements, fatigue générale).De plus, la malade perçoit nettement l'apparition puis le développement d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche.

Examen clinique. — A la palpation on trouve, en effet, dans la région annexielle gauche une masse régulière, dure, légèrement douloureuse. Son volume paraît être celui d'un petit melon. Au toucher vaginal, on retrouve cette masse qui paraît alors plus élastique et indépendante du col. Elle bombe dans le cul-de-sac gauche et déborde dans le cul-de-sac postérieur. A ce niveau on sent un nodule plus dur faisant corps avec elle (c'est ce nodule qui se montra plus tard être une petite formation apparemment sébacée mais en réalité tuberculeuse).

Opération. — A l'opération, pratiquée le 6 mai 1932, on trouve un kyste mucoïde à parois bleuâtres caractéristiques adhérant à la vessie, au rectum et au moignon du col. Sa libération est délicate du côté du rectum qui est dépéritonisé et saigne en nappe.

Appendicectomie complémentaire. On termine par un Mikulicz à deux mèches.

Les suites sont normales.

Examen de la pièce. — L'examen macroscopique de la pièce montre qu'il s'agit d'un kyste mucoïde bi-loculaire contenant un liquide citrin tenant en suspension de petites gouttelettes huileuses qui lui donnent un aspect « bouillon gras ». Ce kyste présente au niveau de son pôle inférieur un nodule du volume d'une petite noix qui se montre formé à la coupe d'une paroi très épaisse (4 à 5 mm. et remplie d'une matière sébacée.

Le diagnostic de kyste mucoïde et dermoïde est alors posé jusqu'à la confirmation du laboratoire auquel est envoyé un fragment de paroi des deux tumeurs.

La réponse (Laboratoire de Monsieur le professeur Sabrazès) est la suivante :

1° Kyste du genre racémeux.

2° Il s'agit d'une lésion tuberculeuse avec des tubercules folliculaires. Il y a une cavité de kyste à revêtement cylindrique.

Ce n'est pas un kyste dermoïde.

Observation II (Lefèvre et Loubat.)

Mme X..., 25 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Rougeole à 5 ans; à 12 ans ascite, amaigrissement, guérison en deux mois.

Mariée depuis deux ans, pas de grossesse ni d'avortement; la malade est de constitution faible. Rien au poumon.

Histoire de la maladie. — La malade a commencé par maigrir, puis elle a souffert du ventre; troubles de la menstruation et pertes. Diagnostic de salpingite. Au moment des règles s'est produite une phase aiguë : augmentation des douleurs, pouls à 100, température à 39°9. Glace sur le ventre : légère amélioration; mais la malade continue à maigrir et la température reste le soir à 38-39-40 degrés.

Deux mois et demi plus tard, on consulte le chirurgien.

Etat actuel. — Température 38° 6; pouls 100. La malade est cachectique et paraît tuberculeuse au dernier degré. La palpation révèle une masse volumineuse qui va jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic et qui plonge dans l'excavation pelvienne; consistance irrégulière, dure dans la région médiane, fluctuante dans la région supérieure gauche. Au toucher, l'utérus est refoulé en avant et à droite, mal limitable, englobé dans une masse dure, fixée, qui occupe les culs-de-sac droit, postérieur et gauche. A droite, cette masse est irrégulière, bosselée et douloureuse. A gauche, masse bosselée qui semble être une trompe venant faire saillie dans le Douglas, surmontée d'une autre tumeur du volume de deux poings, lisse, arrondie, fluctuante. L'ensemble forme un seul bloc coulé dans l'excavation pelvienne.

Au toucher rectal, on sent le Douglas occupé dans sa partie inférieure par des parties dures, irrégulières, surmontées par une masse arrondie, lisse.

Diagnostic. — Lésions tuberculeuses annexielles, avec pyosalpinx ou kyste de l'ovaire.

Opération. — Anesthésie au chloroforme. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le ventre ouvert, on est obligé de sectionner et de lier l'épiploon, adhérent à tout le contenu du petit bassin. On voit, à gauche, une masse du volume des deux poings, sous-péritonéale, qui semble être un kyste intra-ligamentaire de l'ovaire. On essaie d'enlever cette masse, mais on est obligé, pour y parvenir, de la ponctionner : on retire 300 grammes de pus vert, d'aspect tuberculeux, non fœtide. On voit alors l'utérus, petit, et les deux trompes bosselées; on enlève le tout. Suites opératoires mouvementées, mais la malade guérit.

Examen des pièces. — L'utérus paraît sain. Les trompes sont oblitérées, volumineuses, bosselées. Deci, de là, on voit des îlots jaunâtres, couleur mastic. La tranche de section montre des cavités pleines de pus ressemblant au pus tuberculeux. D'autres cavités sont pleines d'un magma caséeux. Ces trompes ont l'aspect de trompes tuberculeuses typiques.

L'ovaire droit est augmenté de volume, œdémateux, avec quelques granulations grisâtres sur la surface.

L'ovaire gauche est méconnaissable; c'est à ses dépens qu'est formée la tumeur volumineuse, dont il ne reste plus que la membrane, épaisse d'un demi-centimètre par endroits, plus ou moins mince en d'autres. Aux points épaissis, on trouve quelques cavités

d'apparence kystique. Le reste de la paroi est mince; le côté externe est lisse, luisant; la paroi interne est mamelonnée, villeuse, recouverte de pus. Par places, on note des îlots jaunâtres sur la paroi externe du kyste. Les points jaunâtres sont exclusivement situés au niveau du pôle inférieur, qui était adhérent à la trompe.

Examen microscopique. — Les coupes histologiques portent :

1° Sur les points les plus épaissis de la paroi, formant des gâteaux tourmentés, où déjà la section macroscopique permettait de discerner la dégénérescence caséeuse.

2° Sur les points amincis, peu lésés, où seul un piqueté granuleux à la surface péritonéale pouvait faire penser à une lésion tuberculeuse.

1. — On constate au microscope que les sections ont passé par l'ovaire lui-même, qui se trouvait ainsi être utilisée pour constituer la paroi de la tumeur. Le caractère histologique des lésions constatées ne laisse aucun doute sur le diagnostic de tuberculose : aspect nodulaire des lésions centrées le plus souvent par des cellules géantes très remarquables, à noyaux périphériques le plus souvent, parfois vacuolaires; traînées de cellules épithélioïdes accompagnant un peu partout les cellules géantes. Tendance à la nécrose rapide, amenant le ramollissement des nodules isolés et la formation de vastes foyers caséeux dans les points à lésions confluentes. Dans beaucoup d'endroits ramollis, on observe une infiltration abondante de polynucléaires faisant présumer l'envahissement de la lésion par des infections secondaires.

2. — Les points amincis présentent un aspect relativement lisse sur la face interne, où ils sont constitués de la façon suivante : un épithélium cubique, desquamé en grande partie; une zone lamelleuse fibreuse, dense, présentant à peine quelques infiltrations de cellules migratrices; une zone péritonéale recouverte d'un tapis de follicules tuberculeux, crus pour la plupart, et à tendance scléreuse.

Les trompes présentent des lésions tuberculeuses très nettes et à tous les degrés de leur évolution. L'ovaire droit est porteur de lésions de même nature, mais incomparablement moins étendues.

En résumé il s'agit d'un kyste simple de l'ovaire, développé sur un terrain tuberculeux et tuberculisé en presque totalité, vraisemblablement de l'extérieur vers l'intérieur.

Observation III (E. Forgue et E. Chauvin.)

Mme F..., 25 ans, entre dans le service pour des troubles digestifs et des douleurs abdominales remontant à cinq mois environ. A ce moment la malade fait un avortement dont elle ne s'est jamais entièrement rétablie : des pertes se sont installées qui

n'ont plus rétrocédé ; deux mois plus tard douleurs dans le bas-ventre dont l'intensité est allée croissant. A son entrée elle accuse une sensation continue de tension et de pesanteur dans l'abdomen, avec poussées douloureuses passagères et irradiations dans les reins. Pertes jaunâtres continues, peu abondantes. Règles irrégulières, durant sept, huit jours, abondantes, peu douloureuses. Dyspepsie atonique, avec constipation opiniâtre. Rien aux divers appareils. Etat général médiocre.

Antécédents. — Bonne santé jusqu'à l'avortement signalé. A 21 ans grossesse normale. A 23 ans avortement molaire.

Examen. — Col abaissé et plaqué contre la symphyse par une tumeur postérieure. En effet le toucher permet de sentir dans le Douglas une masse arrondie et mollasse. Cette masse forme le pôle inférieur d'une tumeur qui remonte à droite jusqu'à un travers de doigt de l'épine iliaque, et à gauche jusqu'à 4 centimètres environ du même repère. La tumeur est peu mobile et l'on porte le diagnostic d'annexite avec formation kystique.

Intervention. — On trouve un kyste de l'ovaire, inclus dans le ligament large, des dimensions d'une orange. La trompe droite, couchée au-dessus du kyste, est très adhérente aux anses intestinales. Dilatée dans ses deux cinquièmes externes, elle forme un pyosalpinx du volume d'un œuf, plein de pus verdâtre, fluide avec des grumeaux caséeux. Trompe et kyste sont unis en une masse qui adhère fortement à la vessie, aux anses grêles, au rectum et au colon pelvien. Le péritoine est semé de granulations tuberculeuses. Le contenu du kyste est purulent. Hystérectomie subtotale. Suites normales. Guérison en vingt-quatre jours.

Examen histologique des pièces. — Tuberculose massive de tout l'arbre génital :

1. Au niveau de l'utérus : lésions surtout marquées au niveau des cornes, vers l'ostium tubaire, surtout sur la muqueuse et la sous-muqueuse. La musculeuse est intacte, à peine un peu infiltrée dans ses couches superficielles en contact avec la sous-muqueuse. C'est dans cette dernière qu'on a le plus de lésions tuberculeuses. Dans des zones larges et irrégulièrement disséminées d'infiltration leucocytaire, fortement colorées par l'hématéine à cause des noyaux très nombreux, on voit trancher des espaces plus clairs irrégulièrement arrondis qui sont les follicules tuberculeux. Au centre cellules géantes typiques. Ces follicules, confluents par endroits, sont déjà en certains points en voie de caséification. Vaisseaux lymphatiques rares et normaux; vaisseaux sanguins nombreux, dilatés avec des parois excessivement épaissies... Au niveau de ces lésions sous-muqueuses, la muqueuse est amincie, comme rongée et détruite : les glandes utérines sont courtes, comme refoulées par les tubercules sous-jacents, quelques-

unes encore s'enfoncent dans la profondeur au milieu de l'infiltration bacillaire dense. Elles paraissent comprimées, étroites, leur épithélium présente une prolifération intense, leur lumière est emplie d'éléments desquamés. Entre ces glandes, et jusque dans les couches les plus superficielles de la muqueuse, infiltration leucocytaire et quelques cellules géantes, rares. Recherche du bacille négative.

2. La trompe, au niveau de son isthme, présente des lésions graves de sa paroi interne et des lésions discrètes de sa paroi externe. Franges et muqueuse ont entièrement disparu; la cavité tubaire est entièrement comblée par un magna riche en noyaux peu colorables, résidu de cellules désintégrées, homogène, sans détail morphologique. A la limite de ce foyer de caséification, follicules tuberculeux typiques, nombreux, par endroits confluents, dans lesquels on trouve des cellules géantes de toutes tailles avec de belles couronnes de noyaux fortement colorés. La paroi musculaire est envahie et dissociée dans ses couches internes; ses couches externes sont à peu près intactes et limitent nettement le processus endocavitaire. La zone externe, sous-séreuse, est à peu près normale; on n'observe qu'en des points très limités de tous petits foyers bacillaires, produits probablement d'une inoculation secondaire, par le péritoine ou par la lymphangite transpariétale, car ils ne sont pas en continuité avec les lésions endocavitaires...

Sur ces coupes de trompe la coloration de Ziehl nous a montré de nombreux bacilles de Koch.

3. Dans la paroi du kyste des coupes nous ont montré suivant les régions des lésions fort différentes :

Dans les parties supérieures du kyste, lésions inflammatoires banales, infiltration leucocytaire et desquamation de l'épithélium presque entièrement détruit. A peine le retrouve-t-on en quelques très rares points.

Dans les parties inférieures, par contre, les lésions sont typiques et révèlent une tuberculose avancée : l'aspect est absolument celui d'une paroi d'abcès froid. Dans une première zone, interne, de désintégration, amas de noyaux nombreux et peu colorables, dans un milieu amorphe, prenant mal l'éosine. Immédiatement au-dessous, formations tuberculeuse typiques : follicules presque confluents avec cellules géantes assez nombreuses, irrégulières, riches en noyaux. Dans les couches profondes de cette zone : follicules jeunes, en voie de formation, sans cellules géantes ou avec des cellules géantes très petites. La paroi conjonctive, au-dessous de ces lésions spécifiques, présente un aspect inflammatoire.

Les vaisseaux sanguins sont dilatés, leurs parois sont trois ou quatre fois plus épaisses que normalement. Mais les lésions les plus intéressantes et les plus marquées portent sur les vaisseaux lymphatiques. Ces derniers sont dilatés, énormes, de dimensions de vrais sinus; leur lumière est obstruée par endroits par un coagulum qui

emprisonne de très nombreux leucocytes, surtout polynucléaires. Leurs parois sont épaissies, leur endothélium prolifère par points; nombreuses figures de diapédèse. Le Ziehl ne nous a montré que de rares bacilles tuberculeux; mais nous en avons nettement observé un dans la lumière d'un lymphatique.

En résumé nous concluons de cet examen à une tuberculose primitive de la trompe : c'est là que les lésions présentent leur maximum de gravité et leur aspect le plus avancé. L'utérus a été envahi ensuite et de proche en proche, car localisation des lésions au voisinage de l'orifice tubaire. Le kyste de l'ovaire paraît avoir été tuberculisé par voie lymphatique, comme en fait foi la lymphangite très nette de sa couche fibreuse.

Observation IV (Mériel.)

Femme de 30 ans, mariée à 19 ans. Deux grossesses normales; enfants vivants. Aucun antécédent tuberculeux. Bien réglée. Depuis 7 mois absence de règles.

Tuméfaction arrondie dans l'hypogastre qui donne de la constipation et de la dysurie. Donc aménorrhée de 7 mois : elle se croit enceinte.

Toucher vaginal : Masse sphérique sans rapport avec l'utérus, situé plus en arrière, mobile, sans modifications gravidiques habituelles. Aucun bruit de cœur fœtal, ni de parties fœtales. Donc, diagnostic, non de grossesse, mais de kyste de l'ovaire en apparence banal.

Opération : Gros kyste. Une ponction vide les trois quarts d'un liquide clair. Extirpation du kyste. Suites opératoires bonnes. Un mois plus tard cette femme revient pour un petit abcès au bas de sa cicatrice; celui-ci a donné une fistule avec tous les caractères de la fistule tuberculeuse.

Examen macroscopique : paroi mince, partout sauf à l'endroit du pédicule constitué par une masse hérissée de papilles.

Examen microscopique : Eléments de la trompe infiltrés de lésions tuberculeuses.

La malade fut revue six mois plus tard. Elle présentait encore une fistule, et son état général n'était pas excellent.

Observation V (Cartier et Lantuéjoul.)

Mme P..., 26 ans, infirmière, vient consulter pour augmentation anormale du volume du ventre. Elle a un enfant âgé de 16 mois, bien portant. Elle est enceinte à nouveau d'environ quatre mois.

Antécédents. — Au cours de sa première grossesse, elle a présenté

vers le 7e mois, une augmentation assez rapide du volume du ventre. Elle termina cependant sa grossesse et put accoucher, spontanément, sans incidents.

Examen. — On constate un utérus dont le volume correspond bien à une grossesse d'environ quatre mois. L'abdomen est très volumineux, il contient manifestement une importante collection liquide et le diagnostic d'ascite est porté.

L'examen des autres organes est négatif.

Une ponction exploratrice donne issue à un liquide opaque, très riche en albumine, dans lequel l'examen microscopique permet de trouver de nombreux bacilles de Koch.

Du liquide est injecté à un cobaye (coagulum fibrineux de 10 cc. de liquide injecté dans l'aine gauche). Le cobaye meurt quatre mois après. A l'autopsie : deux ganglions caséeux au point d'inoculation; foie parsemé de tubercules; tubercules sur le bord supérieur et la partie inférieure de la face antérieure de la rate; poumons farcis de tubercules; ganglions fibreux dans le médiastin.

Une laparotomie exploratrice est décidée dès que la ponction eut été faite et sans attendre les résultats de l'inoculation au cobaye. Incision haute : un tiers au-dessus, deux tiers au-dessous de l'ombilic. On arrive dans la cavité péritonéale qui ne contient pas de liquide. Le doigt tombe sur une poche flasque qui est un kyste de l'ovaire. La poche envahit toute la cavité péritonéale en s'insinuant principalement au niveau de la base du thorax. On ponctionne le kyste et on retire environ dix litres de liquide vert brun; on l'extériorise très facilement. Le pédicule est large comme quatre doigts environ, aplati, tordu dans le sens des aiguilles d'une montre à 45°. Section du pédicule et suture. Les annexes gauches sont normales; l'ovaire gauche contient un corps jaune. Suites très simples. La femme revient accoucher à terme d'un garçon pesant 3 kg. 400. L'accouchement fut spontané et les suites parfaites. Trois ans après son accouchement la femme se portait très bien et ne présentait rien de particulier.

Observation VI (E. Delannoy.)

Mlle R. D..., âgée de 21 ans, entre à l'hôpital en octobre 1923. Depuis 3 mois ,la malade souffre de douleurs dans le bas-ventre, irradiées vers les fosses iliaques droite et gauche, et vers la région lombaire. Ces douleurs continues sont augmentées par la fatigue, la marche et même la station debout, et ne sont que peu modifiées par le repos au lit auquel se confine la malade.

Elle nous dit qu'elle souffre plus encore pendant la période menstruelle.

Réglée à 17 ans et toujours régulièrement, sauf pendant une

pleurésie survenue en 1922, pendant laquelle l'aménorrhée a duré 3 mois. Depuis quelques mois les règles, qui duraient auparavant trois jours, ont augmenté comme durée (dix jours) et comme abondance,

Pertes blanches mais non purulentes depuis 4 ans.

Pas de troubles urinaires. Constipation habituelle.

Antécédents. — Dans son ascendance et sa collatéralité rien d'intéressant à signaler. Personnellement elle a fait dans l'enfance une scarlatine compliquée d'otite grave qui a longtemps suppuré.

Aucun antécédent gynécologique : accouchement ou avortement.

Examen. — L'habitus extérieur n'est pas celui d'une jeune femme de 21 ans, mais plutôt d'une jeune fille d'une quinzaine d'années. Petite, frêle, pâle, aux yeux cernés de bistre, la peau sèche, les poils pubiens et axillaires rares et secs, le pannicule adipeux inexistant, la malade présente un type infantile frappant au premier coup d'œil.

Au palper abdominal, le ventre dans son ensemble est souple, mais la région hypogastrique est occupée par une tuméfaction visible à l'inspection remontant jusqu'à 2 travers de doigt de l'ombilic, régulière, médiane, à convexité supérieure et qui ressemble à un utérus gravide de 4 mois 1/2 environ, mais au palper cette tumeur qui est assez lisse et régulière, apparaît peu mobile, douloureuse et semble s'étaler vers les fosses iliaques.

Au palper combiné, le col utérin, très petit et de consistance normale, est rejeté fortement en avant tout contre la symphyse pubienne; il est difficile à trouver, et la première chose que le doigt rencontre, ce n'est pas le col, c'est une tuméfaction qui efface les culs-de-sac latéraux jusqu'à la paroi pelvienne et fait corps avec la tumeur perçue à l'hypogastre.

Le corps utérin n'est pas nettement perçu et toute la masse abdomino-pelvienne est suivie par le col dans les mouvements de bas en haut qu'on communique à celle-là; mais il semble qu'on perçoive dans le cul-de-sac antérieur qui est immédiatement rétro-symphysaire une surface lisse assez étroite qui fait suite avec le col et qui doit être le corps utérin. La masse abdomino-pelvienne est un peu mobile de bas en haut.

Le toucher rectal nous révèle que la tuméfaction bombe dans le rectum sous forme d'une saillie dure et irrégulière, et que la paroi rectale ne glisse pas d'une manière parfaite sur la tuméfaction contenue dans le Douglas.

La température est à 37° 2 le soir de l'entrée et reste aux environs de 37°, les jours suivants.

En présence d'un semblable cortège de symptômes le diagnostic de pelvi-péritonite tuberculeuse s'imposait presque. L'absence des antécédents streptococcique ou gonococcique, l'évolution apyrétique et silencieuse, l'atteinte de l'état général, la notion d'une pleurésie a frigore étaient des arguments de toute première importance,

en faveur de cette éventualité, et ne se seraient pas rencontrés avec cet ensemble dans une pelvi-péritonite banale ou une hématocèle rétro-utérine, les deux seules hypothèses à discuter. Sur ce diagnostic on intervient.

Opération très pénible, anesthésie chloroformique. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Péritoine pariétal et viscéral grisâtre, dépoli. L'épiploon adhérent dans le petit bassin est sectionné et lié. On se trouve alors en présence d'un bloc considérable qui comble tout le détroit supérieur et dans lequel il est impossible de reconnaître les organes. L'S iliaque plongeant dans la partie gauche, et une portion de vessie en avant sont à peine apparents. On crève quelques poches de péritonite séreuse et on tente de décoller l'S iliaque de la masse. Cela nous apparaît périlleux. Nous nous portons alors en avant : décollant prudemment la la vessie, nous découvrons l'utérus petit et infantile; le décollement vésical est prolongé assez loin : l'utérine droite découverte par incision du feuillet du ligament large est pincée et l'isthme sectionnée. On peut alors, après effondrement du ligament large droit, pénétrer le long de la paroi pelvienne et libérer sans trop de mal la partie droite de la tumeur. De droite à gauche et de bas en haut, on aborde la partie gauche dont le décollement est extrêmement pénible; au cours de cette manœuvre une poche au voisinage du rectum renfermant environ 1/2 verre à vin de pus grumeleux, caséeux, sans odeur, est crevée, mais finalement on peut libérer toute la masse.

Après toilette et hémostase, on découvre, dans la partie la plus basse du Douglas, c'est-à-dire dans l'angle dièdre de réflexion du péritoine, une perforation du rectum arrondie, de la taille d'une pièce de 50 centimes, et bordée dans la partie supérieure par des bourgeons charnus, fongueux, de mauvais aspect. Les bords de la perforation sont excisés, puis réunis par un premier surjet total — difficile à placer en raison de la profondeur. — mais la difficulté ne fit que commencer. Plusieurs tentatives d'enfouissement de ce premier surjet, dont un séro-séreux, restèrent sans succès en raison de l'infiltration du péritoine pelvien et de sa consistance carton mouillé. Les points, déjà très difficiles à placer, coupaient régulièrement et de plus le péritoine ne « venait » pas. Nous usons alors de l artifice suivant :

Le col utérin fut divisé en 2 valves : une antérieure et une postérieure. Celle-ci fut assez facilement mobilisée et appliquée contre la face antérieure du rectum par une série de points en étage, qui aboutirent à l'occlusion totale du Douglas. La fermeture de la perforation fut ainsi réalisée. L'orifice du col utérin est laissé béant et une petite mèche de drainage y est introduite. Un drain sortant par la partie inférieure de la plaie est placé au voisinage du col et une péritonisation haute est pratiquée avec l'S iliaque et le péritoine vésical. Le ventre est refermé au fil d'argent.

Les suites opératoires ne furent pas trop orageuses. Il se fit un écoulement purulent d'odeur fécaloïde à la fois par le drain abdo-

minal et par le vagin. Désunion partielle de la plaie abdominale, puis tout rentre dans l'ordre. Une suppuration pariétale dure encore en rapport probable avec une tuberculisation de la plaie abdominale.

L'examen de la pièce montrait l'existence d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche du volume d'un œuf et contenant deux dents, mais la majorité de la masse est constituée par une tuméfaction d'aspect charnu, ressemblant assez à des fongosités hypertrophiques baignant dans un pus de sérosité grumeleuse.

L'examen histologique pratiqué a montré des follicules tuberculeux en très grand nombre avec cellules géantes et bacilles de Koch.

Observation VII (Mœnch.)

Nullipare, non mariée âgée de 50 ans. Elle présentait de l'asthénie générale, avait beaucoup maigri et se plaignait de douleurs dans l'abdomen ainsi que de toux.

L'examen physique montra de la tuberculose pulmonaire ainsi qu'un kyste de l'ovaire du côté gauche gros comme une tête d'adulte et un kyste du côté droit de la taille d'un œuf d'oie environ. — A l'opération faite sous anesthésie rachidienne, on trouva une tuberculose péritonéale généralisée avec de nombreuses adhérences, mais pas d'ascite, ainsi que les kystes en question.

Vu l'état misérable de la malade on n'enleva seulement que les annexes et un morceau du péritoine. L'examen anatomopathologique montra que le grand kyste était du type séreux et le plus petit du type dermoïde. Le péritoine et la paroi du grand kyste, étaient tous les deux tuberculeux, et de nombreux bacilles tuberculeux furent mis en évidence sur les coupes. Les deux trompes et le kyste dermoïde étaient absolument intacts de tuberculose.

Un point intéressant en rapport avec ce cas est le fait qu'une ascite importante se développa chez cette femme peu après l'opération. Aucun doute que le traumatisme causé par l'opération, qui était grave, à cause des nombreuses adhérences, produisit cette ascite. Fréquemment une simple laparotomie améliore des cas de tuberculose péritonéale, mais par ailleurs, un traumatisme important peut aussi provoquer un coup de fouet sur la tuberculose.

Six mois environ après l'opération la malade mourut de cachexie. L'autopsie révèla un utérus atrophié, non tuberculeux.

Observation VII^{bis} (Mœnch.)

Femme mariée, sans enfant, de 43 ans, qui souffrait depuis longtemps de douleurs pelviennes et abdominales. L'examen physique

montra un gros utérus fibromyomateux et deux grosses masses bilatérales.

A l'opération — faite à la rachianesthésie — on trouva une périmétrite marquée et un double pyosalpinx. Les deux ovaires adhéraient fortement aux trompes; le droit était petit et le gauche dur, solide, à peu près de la taille d'une orange. Le péritoine n'était pas malade. L'utérus, les deux trompes, et la tumeur du côté gauche, qui était un solide adénofibrome kystique, furent enlevés et l'examen microscopique prouva qu'ils étaient tuberculeux. L'ovaire droit qui fut aussi enlevé était petit, fibreux et non tuberculeux. Dans les coupes de la tumeur ovarienne on trouva encore des bacilles de Koch.

Observation VII*ter* (Mœnch.)

Madame R. P... entre le 5 décembre 1922 au Post Graduate Hôpital. C'était une Italienne, âgée de 29 ans, mariée depuis dix ans, et qui n'avait jamais été enceinte. Pas d'antécédents familiaux.

Histoire actuelle. — La malade avait été bien portante jusqu'au 12 août. A cette époque elle ressentit des douleurs dans la région annexielle gauche, et du 15 au 18 août 1922 elle eût un léger écoulement utérin. Après cela, ses règles, qui avaient auparavant toujours été régulières, cessèrent. Son ventre grossit et durant trois semaines environ elle eut des vomissements et des nausées.

Examen physique. — Il ne montra aucune anomalie générale. Toutefois l'abdomen était augmenté de volume et sensible du côté gauche.

Examen gynécologique. — Il révéla une grosse masse du côté gauche qui ne pouvait pas être distinctement circonscrite. Elle s'étendait presque jusqu'à l'ombilic et descendait en bas jusque dans le petit bassin. Le cul-de-sac de Douglas était comblé et on sentait qu'il était plus ou moins pâteux. On ne pouvait pas isoler très bien l'utérus mais il semblait augmenté de volume et irrégulier — Il était difficile de poser un diagnostic mais apparemment on se trouvait en présence d'un utérus fibromyomateux et d'une grossesse extra-utérine.

Opération, anesthésie à l'éther. — On trouva un utérus légèrement augmenté de volume mais par ailleurs normal. La masse du côté gauche était formée par un gros pyosalpinx et un kyste de l'ovaire de la taille d'un citron. Du côté droit on trouvait un pyosalpinx plus petit et un ovaire de dimension normale. Les annexes furent enlevées des deux côtés. L'opération fut extrêmement difficile du fait de très nombreuses et vieilles adhérences à tous les organes avoisinants. Le péritoine lui-même n'était pas malade.

Examen anatomo-pathologique des pièces.

Examen macroscopique. — La trompe gauche et l'ovaire, enveloppés dans un tissu fibreux et dans un exsudat inflammatoire, mesuraient 110 × 63 × 64 millimètres. Sur un point la pièce avait été déchirée et montrait une cavité irrégulière, de 40 × 35 × 20 millimètres, qui était limitée par une membrane pyogène d'aspect hémorragique. On trouva à la coupe que la cavité se rétrécissait en bas et latéralement pour n'avoir plus que 18 millimètres, et se continuait alors avec la lumière de la trompe. Les parois de celle-ci étaient très notoirement épaissies par l'œdème et du tissu fibreux inflammatoire.

L'ovaire lui-même mesurait 80 × 51 × 45 millimètres. Il était assez mou. A la coupe il y avait une cavité de 45 × 35 millimètres remplie de graisse opaque d'un jaune-gris et de nombreux cheveux blonds; ces derniers avaient leur racine dans la paroi du kyste. Les autres formations, telles que des dents, manquaient. L'épaisseur moyenne de la paroi du kyste variait de 3 à 5 millimètres; à une extrémité le tissu ovarien était épais de 30 millimètres et là on trouvait un second kyste plus petit rempli de matières sébacées.

La trompe droite ainsi que l'ovaire sont réunis par des adhérences; la trompe elle-même mesurait 105 millimètres de long et variait en épaisseur de 5 à 14 millimètres. L'ovaire mesurait 58 × 45 × 27 millimètres. A la coupe il était œdématié et contenait de nombreux follicules kystiques mesurant jusqu'à 35 millimètres de diamètre.

On fit des coupes des différentes portions de la pièce : elles furent fixées dans le formol, incluses dans la paraffine et colorées de la façon usuelle avec hématoxyline et éosine.

Examen microscopique — Les deux trompes montraient une énorme inflammation due à une suppuration chronique, et de plus, en beaucoup d'endroits, de nombreux tubercules avec des cellules épithélioïdes typiques, contenant des cellules géantes de Langhans. Les coupes de l'ovaire gauche montrèrent une image de tuberculose encore plus avancée que les trompes; il y avait de nombreux tubercules çà et là dans le stroma ovarien. Le kyste était limité par un épithélium stratifié, squameux, au-dessous duquel il y avait d'abondantes glandes sébacées et quelques follicules pileux. Tout à côté de ceux-ci et dans la paroi du kyste lui-même, on trouvait encore de nombreux tubercules. Les coupes de l'ovaire droit ne montraient que quelques kystes folliculaires et quelques follicules de Graaf, sans tubercule. Les préparations faites avec des coupes de trompe, colorées par la carbo-fuschine et décolorées dans l'acool à 90° et l'alcool absolu, montraient de nombreux bacilles minces et rouges.

Diagnostic . — Tuberculose bilatérale des trompes.

Kyste dermoïde et tuberculose de l'ovaire gauche.

Petite dégénérescence kystique de l'ovaire droit.

Observation VIII (M. Ch. Lefèbvre.)

M. M..., 18 ans, cultivatrice. Entre dans le service du professeur Mériel, le 30 mars 1922. Règles diminuent d'intensité pendant les derniers mois de 1921 et disparition définitive à partir de janvier dernier. Auparavant état de santé parfaite. Puis augmentation de volume du ventre; on diagnostique : kyste de l'ovaire.

Examen. — Ventre saillant surtout sous l'ombilic et sur la partie médiane. Tumeur médiane, rénitente, mais immobile sous les poussées manuelles et les décubitus latéraux. Fluctuation pas nette. Matité absolue au centre de la saillie; sonorité dans les flancs et à l'épigastre.

Toucher vaginal. — Col rejeté en arrière, pas ramolli; corps de l'utérus en avant où on sent une saillie pyriforme, dure. Dans le cul-de-sac latéral droit petites masses indurées. Tumeur complètement immobilisable entre le doigt vaginal et la main abdominale. Fluctuation très imprécise au toucher. La tumeur remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Signes fonctionnels. — Peu importants par rapport à ces signes physiques : pesanteur abdominale sans aucune douleur véritable; quelques pertes blanches et absence de règles pendant les derniers mois. Appétit un peu diminué; pas de constipation, un peu d'amaigrissement; bref état général peu touché puisque la malade travaillait encore les jours précédant son entrée à l'hôpital.

Autres appareils. — Poumons normaux; pas de toux. Rien du côté urinaire.

Fièvre peu élevée. Quelquefois le soir 37°5-37°8.

Le diagnostic porté est celui de kyste de l'ovaire fixé par un processus indéterminé, torsion légère ou poussée salpingienne atténuée. Intervention le 6 avril 1922, sous rachi-anesthésie à la novocaïne (0, 12). Dès l'incision de la paroi on tombe sur de nombreuses et denses adhérences, bloquant tous les éléments de la cavité abdominale; le tout est parsemé d'un semis de nombreuses granulations les unes grisâtres, les autres plus au moins caséeuses. La tumeur remplit la partie inférieure de la cavité abdominale et remonte jusqu'au-dessus de l'ombilic à 4 ou 5 cm.; elle est recouverte, elle aussi, des mêmes granulations; elle est adhérente à tous les éléments voisins qui la masquent plus ou moins. A la ponction du kyste il s'écoule, assez difficilement, un liquide presque gélatineux, jaunâtre qui ne peut être évacué entièrement.

La libération de la poche kystique, en l'isolant des anses intestinales et du péritoine pariétal, est impossible, notamment du côté des organes génitaux internes. On ouvre la poche pour pousser plus loin la décortication, ce qui permet d'établir le point de départ de la tumeur au niveau de l'ovaire droit. L'intérieur de la poche est parsemé des mêmes granulations. Devant l'importance des lésions,

la généralisation des adhérences à la cavité abdominale entière, aux anses intestinales, à la paroi, aux organes génitaux, on abandonne l'idée d'une exérèse radicale du kyste. On résèque donc le plus possible de paroi, et on marsupialise la portion de poche inextirpable en suturant son orifice rétréci préalablement à la peau. On établit un drainage dans la cavité abdominale et dans la poche.

Examen histologique de la paroi. — Paroi de kyste de l'ovaire, à cellules à revêtement assez altérées, absentes par places, avec des lésions d'infiltration tuberculeuse typique.

Suites opératoires. — Le 1er soir pouls à 140. Le lendemain normal. La température d'abord à 38° 7 redescend le 3e jour. Le 3e jour on enlève les drains que l'on remplace par des mèches dans la poche seulement. L'état général se remonte rapidement : la malade s'alimente bien et ses diverses fonctions s'accomplissent parfaitement. De la cavité de la poche s'écoule du pus non fétide, dont la quantité diminue tous les jours; on fait lavage au Dakin à l'aide de tubes placés dans la poche. On fait injections sous-cutanées de cacodylate de soude. En mai la malade quitte l'hôpital. La poche est presque entièrement comblée et la plaie n'est plus représentée que par un petit orifice fistuleux laissant sourdre un suintement peu important.

En août suivant on apprend : localement l'orifice fistuleux est insignifiant, l'écoulement presque entièrement tari et l'état général satisfaisant.

Observation IX (**Egon, Ewald Pribram.**)

Femme de 27 ans, qui présente depuis six semaines des troubles du côté des organes génitaux : règles plus abondantes et plus longues, douleurs dans le bas-ventre et la région sacrée — L'utérus est en antéflexion, le corps petit. En arrière on sent une tumeur de volume d'une tête d'enfant, élastique, de forme ovoïde qui remonte dans le côté gauche du petit bassin.

Opération. — On trouve une trompe droite épaissie avec séreuse injectée. Ovaire droit un peu augmenté de volume. La tumeur gauche est un kyste intra-ligamentaire. Le clivage du ligament large permet l'énucléation, mais cette libération met au jour une série d'abcès qui sont ouverts. Il s'écoule un pus d'aspect tuberculeux et que les recherches ont montré stérile. La libération du côté du rectum est assez difficile et le kyste se rompt à ce moment. On laisse un fragment de paroi adhérent au rectum et on termine par une castration unilatérale gauche, suivie d'un tamponnement pelvien à la gaze iodoformée. La zone de décollement est cloisonnée par suture de la face postérieure de l'utérus avec la face antérieure du rectum. Suture de la paroi. Guérison opératoire. Revue un an plus tard, on trouve un utérus fixé par une infiltration du paramètre gauche.

Examen macroscopique. — Difficile d'isoler la trompe de la paroi du kyste, tandis que l'ovaire peut être macroscopiquement différencié.

Examen histologique. — Tuberculose manifeste dans la paroi de la trompe Des recherches faites sur la paroi du kyste ont montré que la trompe. se confondait en partie avec elle. On trouve quelques restes de tissu ovarien.

Donc kyste tubo-ovarien, intraligamentaire et infecté secondairement, par la trompe, de tuberculose. Il est intéressant de noter d'ailleurs que seuls, dans les parois du kyste, les restes de tissu ovarien demeurent indemnes de tuberculose.

Observation X (**Manuel L. Perez et Léon Rosenwasser.**)

(Institut de Maternité : Section de Gynécologie).

D. A..., 24 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Scarlatine dans l'enfance, pleurésie séro-fibrineuse à 23 ans (donc un an avant sa maladie actuelle). Règles toujours normales. L'examen clinique ne montre rien de particulier, si ce n'est quelques petites élévations thermiques vespérales qui ne dépassent pas 37° 5. Elle entre à l'Institut parce que, s'étant mariée il y a 11 mois, elle n'a plus ses règles depuis cette date : on diagnostique une grossesse.

Examen génital. — Vulve et vagin sans particularité; col utérin situé dans le fond du cul-de-sac antérieur, consistance normale (non gravidique), orifice fermé. Par la palpation bi-manuelle on constate le corps de l'utérus en antéversion et augmenté de volume pour une nullipare, mais dont la forme et la consistance sont conservées. Dans le fond du cul-de-sac vaginal gauche on palpe une tumeur dure, de forme irrégulière, du volume d'une mandarine, qui fait saillie au même point. Dans le fond du cul-de-sac vaginal droit, on croit délimiter une tumeur flasque, non rénitente qui remonterait jusque sous l'ombilic. A la palpation abdominale, sans pouvoir l'affirmer, on limite une tumeur mobile, dure, située dans la fosse iliaque gauche.

Opération. — Avec le diagnostic de myome sous-séreux et de kyste papillomateux de l'ovaire, on intervient.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : dès l'ouverture de la cavité péritonéale on observe un kyste très développé, flasque, peu tendu, entouré d'adhérences qui le lient aux organes voisins et se détachent au doigt avec difficulté pour déterminer le grand volume du kyste.

On le ponctionne alors et on extrait un liquide d'aspect opalin (5 litres) avec l'aspirateur de Fïnochietto. Son volume ainsi réduit,

on peut vérifier que son pédicule correspond à l'ovaire droit, pédicule qu'on lie et extirpe avec l'ovaire. On continue la libération des adhérences à l'intestin et à la paroi postéro-latérale de l'abdomen en remontant jusqu'à l'hypocondre droit par derrière le bord postérieur du foie, où on libère les adhérences qui le fixent au diaphragme. On lie à ce niveau et on extirpe la poche kystique. On remarque alors que le péritoine qui tapisse la paroi et celui qui revêt les anses intestinales est semé de petites granulations, de couleur blanchâtre, à grand relief, de la dimension d'une lentille comme on en observe dans les tuberculoses miliaires. En examinant le kyste on remarque que ses parois présentent un aspect laiteux analogue à celui de la substance caséeuse.

L'utérus, petit et en situation normale et l'annexe gauche ne présentent rien de particulier. Rachianesthésie à la novocaïne 0, 10.

Suites opératoires. — Normales. La malade se lève le 19e jour et la convalescence se poursuit dans d'excellentes conditions.

Examen histopathologique. — Il montre des cellules géantes, des nodules avec dégénérescence, pas de bacilles de Koch. Il s'agit donc d'un kyste de l'ovaire tuberculeux.

CONCLUSIONS

La localisation de la tuberculose sur des kystes de l'ovaire est rare, mais non exceptionnelle ; le bacille de Koch en effet est susceptible de se fixer sur d'autres tumeurs de la sphère génitale : les fibromes en particulier. Peut-être faut-il attribuer le peu de richesse de la littérature médicale sur ce sujet à la méconnaissance par les chirurgiens d'une lésion qui relève plus du domaine de l'anatomie pathologique que de la clinique pure.

Les conditions étiologiques ne peuvent en être précisées : ni l'âge, ni la parité, ni la variété de kyste ne semblent avoir d'influence sur son infection par la tuberculose.

Celle-ci offre du point de vue anatomo-pathologique tous les aspects, depuis les simples granulations extra ou intra-pariétales jusqu'à la caséification totale donnant à la tumeur l'allure d'un véritable abcès froid. La lésion kystique peut évoluer pour son propre compte ou s'associer, en se soudant avec eux, à tous les organes du petit bassin.

La tuberculose des kystes ovariens succède toujours à un autre foyer de localisation, le plus souvent tubaire ou péritonéal. Au départ de ces deux foyers primitifs, l'infection se fait par simple contiguité ou par voie lymphatique.

Cette tuberculisation — véritable complication du kyste — n'a pas de signe pathognomonique : elle revêt la symptomatologie d'un kyste ovarien banal, mais associé à une tuberculose péritonéale ou annexielle qui lui donne une allure chronique d'emblée.

Le diagnostic certain ne serait possible que par la ponction du kyste et l'examen cytobactériologique de son contenu ; nous avons vu ses dangers.

Le pronostic est fonction, non du kyste lui-même, mais des lésions voisines auxquelles il est associé et dont il n'est que la conséquence. Il dépend aussi de l'atteinte plus ou moins profonde de l'état général par la tuberculose.

Le traitement de choix est : l'extirpation totale du kyste lorsqu'elle est possible ; dans le cas contraire, l'exérèse partielle suivie de marsupialisation et drainage.

L'intérêt qu'offre cette étude de la tuberculisation des kystes de l'ovaire, malgré son peu de fréquence, est double :

Au point de vue scientifique, elle ouvre une discussion pathogénique assez délicate ; elle permet de donner au kyste de l'ovaire tuberculeux une individualité anatomopathologique nette quoique variée dans sa forme.

Au point de vue pratique, elle prévient le chirurgien des difficultés opératoires qui l'attendent lorsqu'il soupçonnera la dégénérescence tuberculeuse d'un kyste de l'ovaire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
J. GUYOT

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 21 juillet 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Albanese (A.). — « Kyste tuberculeux de l'ovaire », *Arch. di Obst. e gin.*, 17, 547-559, sept. 1930.

Allard. — *Contribution à l'étude de la dégénérescence tuberculeuse des kystes de l'ovaire*, thèse Bordeaux 1932-33.

Althabe et **Muinos**. — « Kyste tuberculeux de l'ovaire », *Soc. Obst. et Gyn.*, Buenos-Ayres, 24 oct. 1929.

Baumgarten. — « Ein Fall von Kystoma ovarii, mit Tuberculoser Entartung der cysten Wand », *Wichows archiv*, 1884, Bd. 97.

Bertino. — Tuberculose péritonéale compliquant un kyste dermoïde de l'ovaire », *La Gynecologia*, 1905, II, 355-368.

Bjorkenheim. — « Kyste tuberculeux de l'ovaire », *Finska läk Sallsk handl*, 69, 685-687, Aug. 1927.

— « Acta Obst. et Gyn. Scandinavica », vol 7, p. 13-24 ,1928. Résumé dans *Gyn. et Obst.*, 1931, p. 474.

Bourmalatz (Mlle). — *Contribution à l'étude de la tuberculisation des kystes de l'ovaire*, thèse Toulouse, 1923.

Cartier et **Lantuéjoul**. — « Kyste tuberculeux de l'ovaire », *Gyn. et obst.* 15, 36, 38, janv. 1927.

Celler. — *Amer. Journ. of Obst.*, oct. 1904.

Cohn. — « Sur la tuberculose de l'ovaire », *Arch. für Gynak.*, 1912, p. 497.

Cova (E.). — « Ciste ovarica, con infiltrazione tubercolare, libera nella cavita abdominale, *Annali di obstetricia e gynecologia*, Milano, 1921, p. 523.

Charbonnel et **Nadal** (P.). — « La tuberculose des kystes dermoïdes de l'ovaire », *Province médicale*, 1912, p. 426.

Delannoy. — « Kyste dermoïde de l'ovaire gauche coexistant avec une tuberculose annexielle à forme végétante », *Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1924.

Egon Ewald Pribam. — « Zur tuberculose der ovarial-geschwülste (sur la tuberculose des tumeurs de l'ovaire) *Monatscheft* fur *Geb. und Gyn.*, t. IV, n° 415, sept. 1921, *Bulletin d'Obst. et de Gyn., de Paris*, 1922, t. I, p. 111.

Ehrendorfer. — « Tuberculose ovarial cyste », *Wiener klin. Wochenschrift*, 1896, n° 15. p. 186-253.

Elsaesser. — *Ueber einen fall von tuberculosem ovarial kystom*, thèse Tubingen, 1899, nº 23.

Erny (Mlle). — *Ovarite sclérokystique et tuberculose*, Dôle, 1919; Lyon, 1918-19.

Forgue et **Chauvin**. — « La tuberculose des kystes de l'ovaire », *Revue de chirurgie*, Paris, 1919, LVII, nov.-déc., 1919, p. 881.

Gade. — « Cystis dermoïdea : kysto papilloma proliferans et tuberculosis ovarii, » *Centralbl. für Geb. und Gyn.*, 1893, S.597.

Gorowitz (Mlle). — *De la tuberculose génitale chez la femme*, thèse Paris, 1899-1900.

Gouilloud. — « Kyste de l'ovaire tuberculeux », *Lyon médical*, 1905, p. 531.

Grüssbaum. — « Kyste dermoïde de l'ovaire avec tuberculose miliaire », Soc. de Médecine de Nuremberg, in *Munchener medizin Wochenschr.*, 10 sept. 1912.

Grüsdew. — « Tuberculose de l'ovaire », *Monatschr. für Geb. und Gyn.*, 1900.

Guillemain. — « La tuberculose de l'ovaire », *Rev. de chir.*, 1894, nº 12.

Guyot et **Traissac**. — « Kyste tuberculeux de l'ovaire », *Soc. de Gyn. et d'Obs. de Bordeaux*; janvier 1933 p. 56.

Heiberg. — « Festschrift R. Wirchow quewidmet, Bd II, » cité in *Centralbl. für Geb. und Gyn.*, 1892, Bd XVI, S. 980.

Kelly. — « Tuberculosis of Fallapian tubes and péritoneum, Ovarion tuma », *Johns Hopkin's Hospital Report*, Baltimore, 1890, Bd. II, p. 201.

Klebs und **Olshausen**. — « Les maladies de l'ovaire », *Billroth-Luckeschen Handbuch der Franem Krankeiten*, vol. II, p. 702.

Krzywiki. — *Ziegler's Beiträge für pathlo. anat.*, 1889, Bd III, Heft 3.

Lefèbvre. — « La tuberculisation des kystes de l'ovaire », *La Gynécologie*, déc. 1922, t. XXI, pp. 534-543.

Lefèvre et **Loubat**. — « Sur un cas de kyste tuberculeux de l'ovaire », *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1913, p. 267-269.

Lenormant et **Maulorguet**. — « Tuberculose des annexes de l'utérus », *Gyn. et Obst.*, 1920, t. II, nº 6.

Logothetopaulos. — « Tuberculose d'un kyste dermoïde de l'ovaire », *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1908.

Madlener. — « Tuberculose ovarialcyste », *Monats. für Geb. und Gyn.*, 1894.

Martini. — « Sur la tuberculose des kystes de l'ovaire », *Ann. di Obst. e di Gyn.*, 12 décembre 1912.

Mériel. — « Tuberculose d'un kyste de l'ovaire », *Soc. d'Obst. et de Gynécologie de Toulouse*, 5 nov. 1913.

— « Tuberculisation d'un kyste ovarique », *Bulletin Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1913, II, p. 732.

Moench (G.-L.). — « Sur la tuberculose des tumeurs de l'ovaire », Gyn. Rundschau, 1916, in *Centralbl. für Gyn.*

— « Tuberculous ovarian cysts with a report of a third case observed by the autor », *American Journal of Obst. et Gyn.*, Saint-Louis, 1923, t. VI, pp. 478-486.

Olshausen. — « Verhaundlungen der Gesellschaft f. Geb. und Gyn. zu Berlin », Sitzung vom 22 februar 1901 ; cité in *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1901, Bd XLV, S. 377.

Pascalis. — « Les complications des kystes de l'ovaire et leur traitement », *La Médecine pratique*, n° 9, 30 nov. 1927.

Pampanini. — « Tuberculose et néoplasmes génitaux (9 cas) », *Ann. di Obst. e Gyn.*, 31 juillet 1913.

Perez et **Rosenwasser**. — « Kyste tuberculeux de l'ovaire », *Semana medica*, p. 278-281, janv. 1931.

Pewsner (Mlle). — *Productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose*, thèse Lyon, 1913, n° 53.

Polosson. — « Tuberculose d'un kyste de l'ovaire » *in* thèse Rémy, *Soc. de chirurgie de Lyon* 26 janv. 1905.

Polosson et **Violet**. — « Kystes de l'ovaire et tuberculose », *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, oct. 1905.

— « Productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose », *Lyon chirurgical*, oct. 1913.

Prüssmann. — « Tuberculose der Eirstocksgeschwülste », *Arch. für, Gyn.* 1903, Bd. LXVIII, S. 799.

Rémy. — *La tuberculose des kystes de l'ovaire*, thèse Lyon, 1904.

Rives. — *La tuberculose des annexes de l'utérus*, thèse Montpellier, 1909.

Rosenthal. — *Monalschr. für Geb. und Gyn.*, nov. 1911.

Russenstein et **Vialard**. — « Suppuration des kystes de l'ovaire après infection pulmonaire », *Gazette médicale du S.-O.*, 1er nov. 1931.

Salen (G.). — « Les formes anatomiques de la tuberculose annexielle », *Marseille médical*, n° 26, 15 sept. 1925.

Saenger. — « Tuberculose kystoma ovarii bei Tuben und Bauch fell tuberculose », *Centralbl. für Geb. und Gyn.*, 1890, S. 522.

Scalone. — « Tuberculose de la trompe et de l'ovaire avec kyste de l'ovaire tuberculeux », *Folia Gynecologia*, 1910.

Schottlaender. — « Ueber Eierstockstuberculose », *Monalschr. fur Geb. und Gyn.*, 1897, Bd. V, Heft 1 et 5, S. 126.

Simmonds. — « Tuberculose des tumeurs de l'ovaire », *Arch. für Gyn.*, 1909, p. 29.

Todorsky. — *Tuberculose de l'ovaire*, Montpellier, 1913.

Tourneux (J.-P.). — « Kyste dégénéré de l'ovaire bloquant le petit bassin », *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Toulouse*, 18 nov. 1925.

Tourneux. — « Kyste dégénéré de l'ovaire droit », *Soc. d'obst. et de Gyn.*, 1926, p. 378.

Tusini. — « Tuberculose d'un kyste de l'ovaire », *Centralbl. für Gyn.*, 1907, p. 1.020.

Vélinoff (G.-G.). — *Les abcès froids tuberculeux ovariens*, thèse de Montpellier, 1933.

Villa. — *Tuberculosi di cysti ovariche. La tubercolosi umana*, 1909 (*in* Martini).

Wescherg. — « Inspection tuberculeuse d'un kyste de l'ovaire », *Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Vienne, 28 avril 1903.

Wells-Spencer. — *Transact. path., Soc. London*, 1863-1864, pp. 167-191.

Bordeaux. — Imp. J. Bière, 18, rue du Peugue. — 1934.